

Année 1960

N° 36

THÈSE

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

LAMBOLEY CLAUDE, FRANÇOIS

né le 29 Janvier 1933 à GY (Haute-Saône)

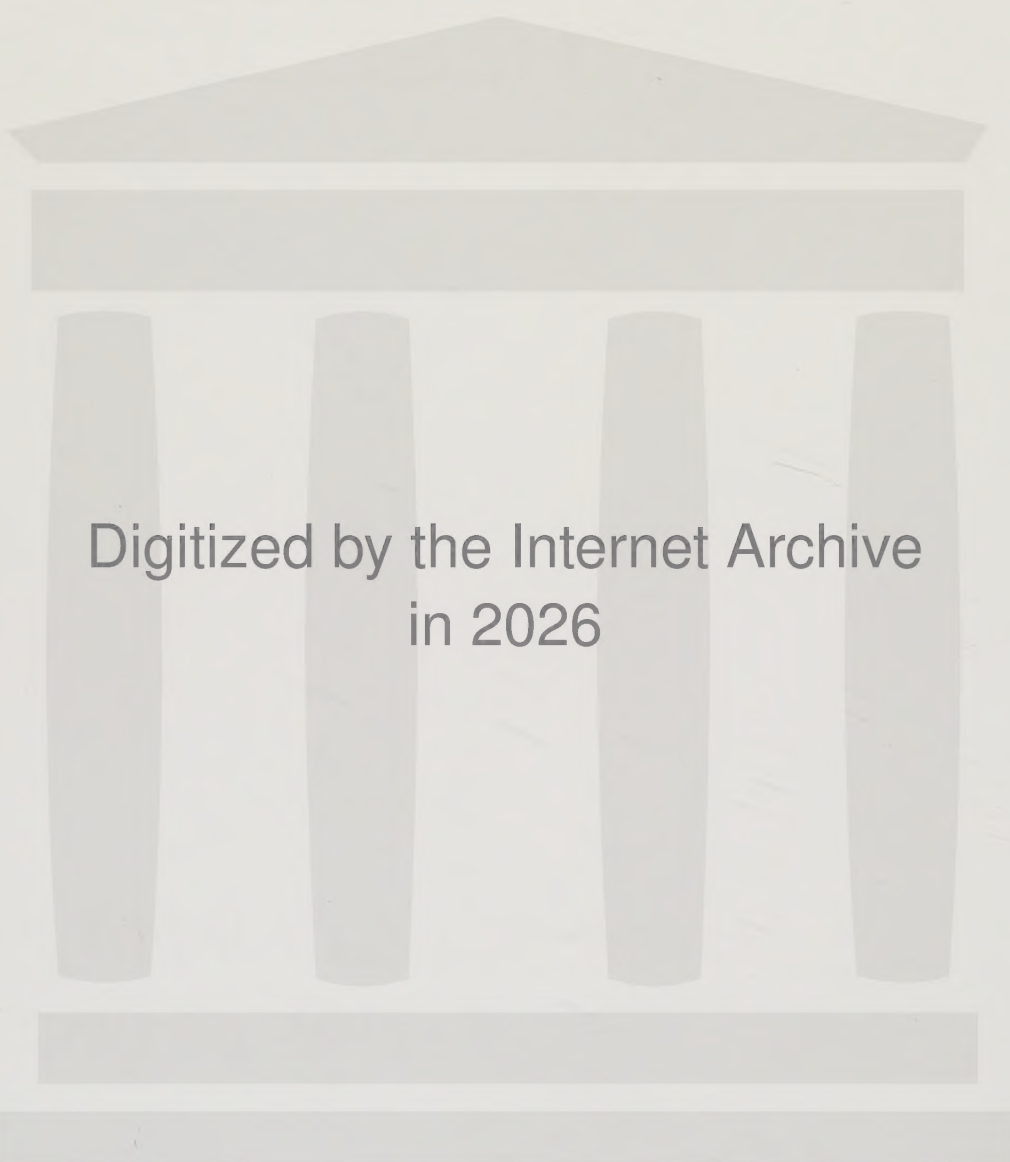
Interne des Hôpitaux de Besançon

Présentée et soutenue publiquement le

1960

L'ÉVACUATION DE L'ŒUF MORT PAR INJECTION INTRA-UTÉRINE DE LIPIODOL

Président : M. LACOMME M., Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0007

THÈSE

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

LAMBOLEY CLAUDE, FRANÇOIS

né le 29 Janvier 1933 à GY (Haute-Saône)

Interne des Hôpitaux de Besançon

Présentée et soutenue publiquement le

1960

L'ÉVACUATION DE L'ŒUF MORT PAR INJECTION INTRA-UTÉRINE DE LIPIODOL

Président : M. LACOMME M., Professeur



FACULTE DE MEDECINE DE PARISPROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.),
 CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.),
 GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.),
 LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
 MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.),
 RICHEL (C.), STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

D O Y E N Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie Pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie Médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie Médicale et Sociale	BERNARD (J.)
Clinique Carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique Cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	QUENU (J.)
Cliniques Chirurgicales (Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de Chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)

Clinique Chirurgicale Orthopédique et réparatrice
 (Cochin)
 Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire (Broussais)..
 Clinique de Chirurgie Pleuro-Pulmonaire (Laënnec)....
 Clinique endocrinologique (Pitié)
 Clinique Génétique Médicale (Enfants-Malades)
 Clinique Gynécologique (Broca)
 Clinique des Maladies Cutanées et syphilitiques (St-
 Louis).....
 Clinique des Maladies des enfants (Enfants-Malades)..
 Clinique des Maladies Infectieuses (Claude-Bernard)..
 Clinique des Maladies Mentales et de l'encéphale
 (Ste-Anne)
 Clinique des Maladies Métaboliques (Necker)
 Clinique des Maladies du Sang (Broussais)
 Clinique des Maladies du Système nerveux (Salpêtrière)
 { Broussais
 { Cochin
 Cliniques Médicales .. { Hôtel-Dieu
 { Lariboisière
 { Pitié
 { St-Antoine
 Clinique Médicale d'Hydrologie Thérapeutique et Cli-
 matologie (Bichat)
 Clinique Médicale Propédeutique
 Clinique Médico-Sociale du diabète sucré et des mala-
 dies de la nutrition (Hôtel-Dieu)
 Clinique de Neuro-Chirurgie (Pitié).....
 { Baudeloque
 Cliniques Obstétricales { Port-Royal
 { Tarnier
 Clinique Ophtalmologique (Hôtel-Dieu)
 Clinique Oto-Rhino-Laryngologique (Lariboisière)
 Clinique de Pédiatrie Sociale (Enfants-Malades).....
 Clinique de Pneumophtisiologie (Laënnec)
 Clinique Psychiatrique Infantile (Salpêtrière).....
 Clinique de Puériculture (St-Vincent de Paul).....
 Clinique de Rhumatologie médicale et sociale (Cochin)
 Clinique Stomatologique (Pitié)
 Clinique Thérapeutique Chirurgicale (Vaugirard).....
 Clinique Thérapeutique Médicale (St-Antoine)
 Clinique Urologique (Cochin).....
 Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)
 Embryologie
 Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
 Histologie
 Hygiène des Collectivités (chaire à titre personnel)
 Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)
 Hygiène et Médecine préventive
 Médecine du Travail
 Médecine Légale
 Parasitologie
 Pathologie Chirurgicale

MERLE D'AUBIGNE (R.)
 GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
 MATHEY (J.)
 DECOURT (J.)
 LAMY (M.)
 FUNCK-BRENTANO (P.)

 DEGOS (R.)
 CATHALA (J.)
 MOLLARET (P.)

 DELAY (J.)
 HAMBURGER (J.)
 MARCHAL (G.)
 ALAJOUANINE (T.)
 GENNES (L. de)
 JUSTIN-BESANCON (L.)
 BARIETY (M.)
 SOULIE (P.)
 DREYFUS (G.)
 KOURILSKY (R.)

 DEBRAY (C.)
 PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)

 DEROT (M.)
 PETIT-DUTAILLIS (D.)
 LACOMME (M.)
 N...
 VARANGOT (J.)
 RENARD (G.)
 AUBRY (M.)
 MARIE (J.)
 BERNARD (E.)
 MICHAUX (L.)
 LELONG (M.)
 COSTE (F.)
 DECHAUME (M.)
 SENEQUE (J.)
 LEMAIRE (A.)
 FEY (B.)
 DJOURNO (A.)
 GIROUD (A.)
 N...
 VERNE (J.)
 DEPARIS (M.)
 TURPIN (R.)
 JOANNON (P.)
 DESOILLE (H.)
 PIEDELIEVRE (R.)
 GALLIARD (H.)
 COUVELAIRE (R.)

Pathologie Exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie Humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel).....	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie Médicale	N...
Pathologie et Thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et Matière Médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (Chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique Médicale	DOGNON (A.)
Radiologie Médicale	DESGREZ (H.)
Technique Chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.

Anatomie	(((	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie Pathologique	((((	GAUTHIER-VILLARS (Melle P.) pr. s. c. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie		VOURC'H (G.)
Bactériologie	((((	NEVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie Médicale	(((	DESGREZ (P.) pr. s. ch. POLONOSKI (J.) m. conf. SCHAPIRA (G.) m. conf.
Biologie Médicale		BOURLIERE (F.) m. conf.
Carcinologie	((	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie		DUPERRAT (B.)

Electro-Radiologie		LEDoux-LEBARS (G.)
Embryologie		TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	(	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	()	GOJJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie		CORNET (A.)
Hygiène	(	BOYER (J.) pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	(	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine Légale	()	DEROBERT (L.) pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du Travail		ALBAHARY (C.)
Neuro-Chirurgie		DAVID (M.)
Neurologie		LHERMITTE (F.)
Obstétrique	()	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	(	BREGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	(	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie		DEBAIN (J.)
Parasitologie	(	BRUMPT (L.C.) pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie Chirurgicale	()	BARCAT (J.) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.L.) DUBOST (CH.) DUBOST (CL.) FAUREL (J.)

(suite/)

Pathologie chirurgicale	(	FLABEAU (F.)
	(	GERMAIN (A.)
	(	LAURENCE (G.) agr. per.
	(	LORTAT-JACOB (J.L.)
	(	LOYGUE (J.)
	(	MERCADIER
	(	PERROTIN (J.)
	(	ROBERT (H.)
	(	THOMERET (G.)
Pathologie exotique		SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	(	GROSNIER (J.)
	(	HARTMANN (L.)
	(	LOEFER (J.)
	(	MAURICE (J.)
	(	PLAS (F.)
	(	RICHET (G.)
Pathologie Médicale	(	AUSSANNAIRE (M.)
	(	BOUR (H.)
	(	BOUVIER (J.)
	(	BOUVRAIN (Y.)
	(	BRICAIRE (H.)
	(	BRISAUD (H.)
	(	BROCARD (H.)
	(	BUGE (A.)
	(	CASTAIGNE (P.) m. conf.
	(	CATINAT (J.)
	(	CONTAMIN (F.)
	(	COURY (C.)
	(	FREZAL (J.)
	(	HOUSSET (E.)
	(	LAROCHE (C.)
	(	LESOBRE (R.)
	(	MACREZ (C.)
	(	NICK (J.)
Pédiatrie-Puériculture	(	PEQUIGNOT (H.) m. conf.
	(	ROYER (P.)
	(	WOLFROMM (R.)
	(	JOSEPH (R.)
	(	MANDE (R.)
	(	MOZZICONACCI (P.)
	(	POLONOVSKI (C.)
	(	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	(	LEVY (Mlle J.) pr. s. Ch.
	(	BOISSIER (J.)
	(	LECHAT (P.)
Physiologie	(	PARROT (J.) pr. s. ch.
	(	DEJOURS (P.)
Physique Médicale		GOUGEROT (L.) m. conf.

Pneumo phthisiologie		KREIS (B.)
Psychiatrie		PICHOT (P.)
Psychiatrie Infantile		DUCHE (D.)
Rhumatologie		DELBARRE (F.)
Stomatologie	(	CERNEA (P.)
	)	CHAPUT (Mme A.) m.o. agr.
	(	GRELLET (M.)
Thérapeutique	(	CHASSAGNE (P.)
	)	LAMOTTE (M.)
Urologie		QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE

COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	(	ABOULKER (P.)
	)	AMELINE (A.)
	(	HUGIER (J.)
	)	LEGER (L.)
Clinique Chirurgicale	(	OLIVIER (C.)
	)	PADOVANI (P.)
	(	POILLEUX (F.)
	)	ROUX (M.)
	(	VERNE (J.M.)
	(	HAGUENEAU (J.)
	)	BOUDIN (G.)
	(	CONTE (M.)
	)	DMART (A.)
Clinique Médicale	(	MILLIEZ (P.)
	)	PERRAULT (M.)
	(	RAMBERT (P.)
	)	THIEFFRY (S.)
	(	TURIAF (J.)
Clinique Neuro-Rhumatologique		SEZE (S. de)

	(	GRASSET (J.)
	)	LEPAGE (F.)
Clinique Obstétricale	(	MAYER (M.)
	)	MERGER (R.)
	(	RAVINA (J.)
	)	
Clinique Ophtalmologique	(	DESVIGNES (P.)
	)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture		LAPLANE
Clinique psychiatrique		BARUK (H.)
Clinique urologique		KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES

UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	(Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Melle HURE (A.)
Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque : Mr. le Dr. HAHN (A.M.)	
Conservateurs	(Mesdemoiselles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

^
^ ^

A MON PERE

A MA MERE

A MES FRERE ET SOEUR

A MA FEMME

A MA FAMILLE

^ ^
^

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. LACOMME

- Professeur de Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Paris.

Il nous fait le très grand honneur
de bien vouloir accepter la Présidence de
notre Jury de Thèse.

Qu'il veuille trouver ici, avec
l'assurance de notre profond respect, le
témoignage de notre reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE.

AU PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DE LA
MATERNITE BERGER DE BESANCON

Au Docteur H. LECONTE DES FLORIS -

- Professeur Chargé de cours à titre permanent
de clinique obstétricale et gynécologique
- Chef de Service de la Maternité

Promoteur de la méthode à Besançon, il
nous a conseillé et guidé dans la réa-
lisation de cette Thèse.

Avec nos remerciements respectueux, nous
tenons tout particulièrement à lui ex-
primer notre plus profonde reconnaissance.

AU Docteur COLETTE -

- Gynécologue-Accoucheur Adjoint de la Maternité
- Chef de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Avec nos remerciements pour ses conseils
éclairés et sa contribution dévouée à
la confection de cet ouvrage.

A Mademoiselle N. SPITZER

- Sage-Femme Chef de la Maternité.

A toutes les sous-Maitresses et élèves Sages-Femmes
de la Maternité. -

A NOS MAITRES DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE

BESANCON

- Professeur BESSOT
dont nous saluons ici la mémoire.
- Docteur CHARLIN
- Docteur GIRARD
- Docteur GISSELEBRECHT
- Professeur Agrégé LAUGIER
- Docteur H. LECONTE DES FLORIS
- Docteur LEDOUX
- Professeur MILLERET
- Professeur ROLAND
- Docteur TISSERAND

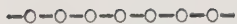
- Hommages respectueux -

A MES CAMARADES INTERNES ET EXTERNES

A Mademoiselle Christiane JOLY

Secrétaire Médicale

- En remerciement de son aide dévouée.



L ' E V A C U A T I O N D E L ' O E U F M O R T

P A R I N J E C T I O N I N T R A U T E R I N E D E L I P I O D O L

—○—○—○—○—○—○—○—

INTRODUCTION

DELIMITATION DU SUJET

La mort foetale avec rétention in utéro pose encore actuellement des problèmes controversés.

Nous entendons par mort foetale in utero, la mort du produit de conception qui n'est pas suivie d'évacuation dans les 48 heures.

Nous avons éliminé de nos observations les notions étiologiques et pathogéniques, pour ne retenir que les éléments ayant un rapport avec le sujet. Il se trouve que nos 9 observations concernent des évacuations par LIPIODOL pratiquées dans des grossesses arrêtées du 3ème au 6ème mois, c'est à dire centrées sur le deuxième trimestre.

- avant le 3ème mois, l'évacuation provoquée ne se pose que rarement.
- Après le 6ème mois, problèmes et techniques diffèrent notablement, et la question est déjà abondamment traitée par ailleurs.

HISTORIQUE DE L'EVACUATION

Au XVI^e siècle, Ambroise PARE disait déjà : "Un enfant mort doit être tiré prestement", sans en indiquer d'ailleurs les moyens. Mais en fait, l'abstention était de règle en raison de l'incertitude du diagnostic de mort-foetale, des dangers d'infection par manoeuvres obstétricales et du manque de moyens d'action peu agressifs.

Même pour certains auteurs contemporains, l'abstention est encore fréquente. Selon BRINDEAU : "En général, la conduite normale, celle qui ne donne prise à aucun reproche, c'est l'abstention tant que l'oeuf est intact."

Rares sont en effet les complications dans l'évolution spontanée. On connaît cependant les risques d'hypofibrinémie quand la rétention dépasse un mois. En 1911, ROSENSTEIN signale deux cas mortels à la Société de Gynécologie de BRESLAU.

La question a donc été longtemps controversée. Mais insensibles aux arguments des abstentionnistes, il y eut toujours des partisans des méthodes actives :

- En 1935, REILLE préconise l'hystérotomie vaginale et le curetage consécutif.
- D'autres auteurs font des hystérotomies abdominales.
Ces techniques avaient des dangers disproportionnés aux avantages ; elles n'ont plus qu'un intérêt historique.
- Les moyens mécaniques locaux employés dans les avortements thérapeutiques ont tous été essayés avec des succès divers :
 - pose de sondes en gomme ou en caoutchouc
 - pose de laminaires,
 - dilatation du col par bougies
 - introduction de ballons intra-utérins.

Ils ont un certain pourcentage de succès à leur actif, mais ne sont pas sans dangers :

- déchirures de l'isthme
 - perforation utérine
 - rupture des membranes
 - hémorragies
 - infection
 - de mauvais pronostic immédiat et surtout obstétrical pour d'éventuelles grossesses ultérieures
 - béance de l'isthme
 - stérilité
 - rupture utérine.
- Les instillations intra-ovulaires par voie abdominale, inspirées de la méthode d'ABUREL, sont certainement moins dangereuses : injection dans la cavité amniotique de liquides divers hypertoniques sous pression plus ou moins forte. Ce procédé donne un grand pourcentage de succès et peut être renouvelé en cas d'échec.
- Un pas en avant a été réalisé par l'utilisation des oestrogènes associés ou non aux ocytociques. Ce procédé est absolument sans danger, mais comme le signale JEFFCOATE en 1940 (Lancet) l'expulsion qui ne se produit qu'après six mois de grossesse évolutive, est d'autant plus facile que la mort est récente, donc suppose un diagnostic rapide, difficile à affirmer pour les morts du 2ème trimestre. Il garde cependant ici toute sa valeur comme premier temps d'une intervention mécanique.

UTILISATION DU LIPIODOL
DANS LES RETENTIONS OVULAIRES -

Avant la connaissance des réactions biologiques de grossesse, CARLOS HEUSER (Lancet 1925) fait des hystérogaphies pour confirmer un diagnostic positif de grossesse au début.

Il constate un très petit nombre d'avortement si l'oeuf est vivant, un pourcentage plus élevé si l'oeuf est mort.

MOGHAREI & DALSACE dans une communication très intéressante à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique (Paris 1953) ont à nouveau soulevé le problème de l'inocuité de l'hystérogaphie.

- LE LORIER signale que ce procédé renferme une telle chance d'avortement que c'est en somme un avortement provoqué.
- DALSACE n'aurait jamais observé d'avortement dans les quelques injections de Lipiodol en cas de grossesse en évolution.
- Pour WALTER, c'est seulement en cas de mort ovulaire que le Lipiodol entraîne l'évacuation.
- MOGHAREI & DALSACE reconnaissent que l'utilisation des diverses réactions biologiques de grossesse ont rendu cette pratique inadmissible en cas d'oeuf vivant.

Mais déjà SUREAU en 1939, puis LACOMTE, AHUMADA & NOGUES en Argentine, n'emploient "cette méthode qu'après certitude d'absence de grossesse en évolution, pour parfaire le diagnostic douteux". Ils constatent un certain pourcentage d'expulsion ovulaire.

Toutes ces opinions concernent l'utilité du Lipiodol comme moyen diagnostique éventuel.

En fait de thérapeutique, LACOMTE "adopte quelquefois l'injection de Lipiodol, comme technique d'évacuation de l'oeuf, quand par hasard, il y a indication à cette évacuation".

DEJOIE dans sa Thèse (Paris 1956), inspirée par M. LANTUEJOUL pense que l'hystérographie n'a de valeur thérapeutique que pour les grossesses arrêtées au cours du premier trimestre de la gestation.

-O-O-O-O-O-O-O-O-

R A P P E L D U D I A G N O S T I C P O S I T I F

D E M O R T F O E T A L E I N - U T E R O

Le problème est différent pour la première et la deuxième moitié de la grossesse.

1°) - AVANT 4 MOIS $\frac{1}{2}$

Le diagnostic se pose d'abord par l'arrêt des signes dits sympathiques de grossesse :

cessation des nausées, vomissements et du pyrosis,
diminution de la tension mammaire
affaïssement des varices
quelquefois montée laiteuse

et retour à l'équilibre physiologique d'avant grossesse.

Cet arrêt des signes sympathiques a d'autant plus de valeur qu'il est brusque. Il est toutefois infidèle, du fait de la régression fréquente des signes sympathiques dès le troisième mois, et de la difficulté d'interprétation des dires des mères.

- des métrorragies de sang noir ou roussâtre, peu abondantes, constituent un signe important qui attire souvent l'attention de la gestante sur une évolution pathologique.
- l'examen donne des renseignements plus certains : il révèle un utérus de volume insuffisant pour l'âge de la grossesse, et élimine grossesse extra-utérine et tumeur annexielle .

La consistance molle, pâteuse du corps utérin, et non ferme comme normalement, s'oppose à la dureté anormale, cartilagineuse du col (PIJEAUD)

Les seins, non caractéristiques, présentent simplement des signes de gravidité (pigmentation, hypertrophie de l'aurole et du mamelon, tubercules de Montgomery).

Parfois, sécrétion colostrale pouvant être d'une certaine valeur, si elle a succédé à une montée laiteuse assez nette.

Ces examens, et particulièrement la régression ou la stagnation du volume de l'utérus tirent leur valeur essentielle de leur répétition à 8 ou 15 jours d'intervalle.

Le Laboratoire peut aider à l'examen clinique :

- Retour de la glaire cervicale (GUYOMAR), augmentation des index acidophilles et pycnotiques dans les frottis vaginaux, au besoin après injection d'oestrogènes (valeur après le premier trimestre seulement), seraient des tests de vitalité ovulaire compromise.

Infiniment plus intéressantes, de valeur énorme apparaissent les réactions biologiques dérivées de la réaction d'Ascheim-Zondeck : les réactions de Galli-Mainini et de Friedman-Brouha, dont la négativation suit en général, et souvent très rapidement, la mort de l'oeuf, mais qui peuvent rester positives tant que des villosités choriales restent vivantes (jusqu'à plusieurs mois et même plusieurs années après la mort de l'oeuf).

Dans ces cas, (après trois mois seulement), les dosages hormonaux prennent une valeur considérable, selon qu'ils confirment ou infirment les résultats des méthodes biologiques.

Un taux de Prolans inférieur à 500 Unités lapine implique de façon certaine une mort foetale.

La recherche du taux d'oestrogène pourrait y être ajoutée, surtout depuis la pratique courante des triples dosages systématiques.

2°) - APRES 4 MOIS $\frac{1}{2}$

Le problème se pose de façon toute différente par l'apparition, l'absence ou la suppression des deux signes capitaux de certitude : mouvements foetaux actifs et bruits du coeur.

L'énorme valeur de la disparition des mouvements foetaux perçue par la mère, s'oppose à l'impression très fréquemment déclarée de persistance de ces mouvements, alors qu'il s'est avéré que la mort foetale est certaine et parfois depuis longtemps.

La disparition des bruits du coeur médicalement constatée et à plusieurs examens successifs présente évidemment une valeur absolument démonstrative.

L'apparition d'une montée laiteuse (que l'on ne peut plus confondre avec la congestion mammaire physiologique du premier trimestre) coïncidant avec l'arrêt des signes sympathiques s'ils existaient encore, ou la disparition des signes éventuels de néphropathie gravidique, la régression des varices, des troubles digestifs et vésicaux, sont également très en faveur de l'arrêt de vitalité de l'oeuf.

L'examen de l'utérus est essentiel :

- arrêt ou regression du volume de l'utérus qui ne correspond plus à l'âge de la grossesse, et cela, à plusieurs examens successifs à 8 ou 15 jours d'intervalle.
- mollesse excessive du corps utérin
- absence de contraction sous la main qui palpe : très mauvaise perception du foetus ramolli par macération.
- dureté du col au lieu du ramollissement très accentué.

Le retour éventuel de la glaire cervicale ainsi que les modifications colpocytologiques aident au diagnostic.

Les réactions biologiques n'ont de valeur que si leur résultat coïncide avec l'examen clinique : car comme pendant la première moitié de la grossesse, la réaction peut être positive en cas d'oeuf mort, mais de plus, une réaction négative n'implique pas obligatoirement la mort foetale (RIBON - VERMELIN - Nancy 1956).

Un taux de Prénandiol en dessous de 10 mg garde par contre toute sa valeur.

La radiographie constitue un examen d'importance essentielle dès le 5ème mois, lorsque le développement du squelette est suffisant, et que les altérations pathologiques peuvent être suffisamment nettes malgré les causes d'erreur dues à la superposition des ombres maternelles.

Les signes radiologiques sont d'autant plus visibles et faciles à interpréter que la grossesse est avancée et surtout que la rétention dépasse 8 ou 15 jours :

chevauchement des os du crâne (signe de Spalding)

signe du Halo péricrânien (Deuel)

Hyperflexion avec angulation et faible rayon de courbure du rachis foetal

Il en est de même des gaz foetaux cardio-vasculaires qui n'ont guère de valeur qu'au cours du 3ème trimestre.

L'amniographie présenterait un certain intérêt, s'il était acquis qu'elle est inoffensive pour le fœtus, ce qui est probable, et ne puisse être l'objet d'interprétation fâcheuse en cas de mort foetale déjà existante ou ultérieure. Le remplissage du tube digestif par déglutition physiologique du liquide amniotique opacifié ne s'observerait pas.

D'autres tests chimiques ou biologiques permettraient de poser le diagnostic par l'examen des urines, de sang, de salive, voir même des larmes !!! Ils présentent un intérêt plus théorique que pratique, du fait de leurs nombreuses causes d'erreur.

VOICI NOS NEUF OBSERVATIONS

(1949 - 1959)

Madame LO..., 24 ans, primigeste

Dernières règles : 25 Décembre 1949

A 4 MOIS = arrêt des signes sympathiques

A 4 MOIS $\frac{1}{2}$ = (Le 24 Mai 1950)

Pertes de sang rouge - volume utérin de 2 mois $\frac{1}{2}$

Réaction biologique de Friedman-Brouha = négative.

A 5 MOIS $\frac{1}{2}$ = (Le 20 Juin 1950)

Volume utérin toujours du 3ème mois

Ni mouvements foetaux, ni bruits du coeur

Pas de montée laiteuse perçue

Il n'y a pas eu de dosages hormonaux.

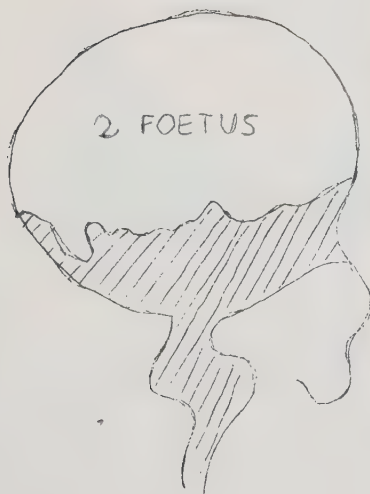
- Hystéroggraphie lipiodolée, dans un but évacuateur, le diagnostic étant certain

Ombre lipiodolée horizontale - bord inférieur régulier, concave en haut - bord supérieur irrégulier, en languette vers la gauche, plus régulier vers la droite - Passage tubaire à gauche.

3 JOURS APRES =

Expulsion spontanée de deux foetus momifiés successifs, puis d'une caduque.

CURAGE DIGITAL consécutif qui ramène des débris insignifiants.



Mort foetale à 4 mois

Rétention 6 semaines

Evacuation lipiodolée le 3ème jour.

Madame B.K.... 38 ans. VII^e geste

Antécédents : 5 enfants vivants - 1 avortement gemellaire de 3 mois $\frac{1}{2}$

Dernières règles = 13 Février 1954

A 6 MOIS = (le 17 Août 1954)

Trois examens successifs du 8 juin au 17 Août montrent un utérus stationnaire du volume du 3^{ème} mois, toujours très mou.

LE 24 AOUT 1954 =

Réaction de Friedman-Brouha = négative

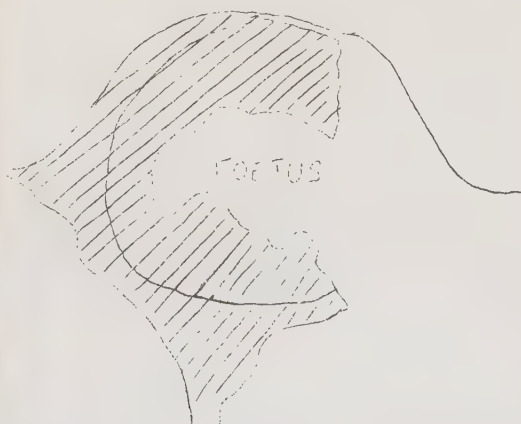
Dosage des Prolans = 800 U.

A 6 MOIS $\frac{1}{2}$ = (le 2 Septembre 1954)

Hystéroggraphie lipiodolée :

Injection facile, cupule irrégulière, lacune centrale ouverte vers la gauche. Contour extérieur régulier, petites ombres diffuses parsemant la lacune.

- Passage tubaire gauche - Utérus latéro-versé à droite.



Sept jours après :

Evacuation d'un foetus macéré

CURAGE DIGITAL DE VERIFICATION =

Ramène quelques débris ovulaires.

Mort foetale à 3 mois $\frac{1}{2}$

Rétention 3 mois

Madame CA...., 30 ans, III^e geste

Antécédents : 2 enfants vivants

Dernières règles = 8 janvier 1955

Mouvements foetaux = à 3 mois $\frac{1}{2}$ - durée 1 mois

Pertes de sang noir de 3 mois $\frac{1}{2}$ à 4 mois $\frac{1}{2}$

A 5 MOIS $\frac{1}{2}$ = (1e 4 Juillet 1955)

Bruits du coeur = 0

Mouvements foetaux = 0

Seins de grosseur normale - pas de colostrum

Fond utérin nettement sous ombilical

Utérus mou, mal délimitable - col ferme au toucher.

(1e 7 juillet 1955) =

Réactions biologiques de Friedman-Brouha
et de Galli-Mainini = NEGATIVES.

A 6 MOIS = (1e 11 Juillet 1955)

Bruits du coeur = 0

Mouvements foetaux = 0

Utérus volume de 3 mois, latéro-versé gauche

(1e 12 Juillet 1955) :

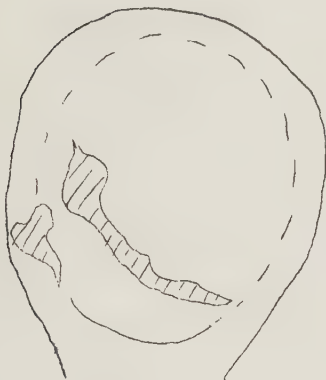
Déclenchement médical (Quinine, Hypophyse) = inefficace.

Le lendemain :

Instillation lipiodolée + déclenchement médical.

/.....

La radiographie qui n'a été prise qu'une heure après, montre la diffusion du Lipiodol dans tout l'utérus - Injection tubaire à droite.



Le lendemain de l'instillation =

Expulsion d'un foetus momifié de 8 cm de longueur
3 circulaires du cordon.

CURAGE consécutif = Peu de rétention.

Mort foetale à 3 mois $\frac{1}{2}$

Rétention : 2 mois $\frac{1}{2}$

Evacuation Lipiodolée dans les 24 heures.

Observation IV

Madame PA..., 38 ans, III^e geste

Antécédents = 2 accouchements par forceps

Dernières règles = 1 Octobre 1955

A 5 MOIS = (le 6 Mars 1956)

Entre à la Maternité pour pertes sanglantes depuis 15 jours.

Utérus de 3 mois $\frac{1}{2}$

Col gros, cicatriciel, fermé

2 jours après =

Douleurs lombaires.

P.G. = 3,6 mg /24 heures

Prolans = 10 U. lapine par 24 heures.

A 5 MOIS $\frac{1}{2}$ (le 25 Mars 1956) =

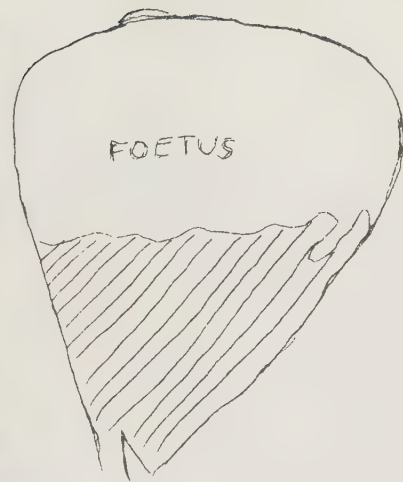
Douleurs lombaires -

Utérus diminué de volume

Le 30 mars 1956 =

Hystéroggraphie lipiodolée :

Le Lipiodol remplit la partie basse de l'utérus, dessine le pôle inférieur de l'oeuf selon un contour irrégulier sensiblement horizontal. Il est impossible de faire monter le liquide plus haut.



Le lendemain, déclenchement médical surajouté.

- Expulsion en 3 heures d'un foetus momifié très altéré pesant 300 Grs.

Mort foetale à 4 mois $\frac{1}{2}$

Rétention : 1 mois $\frac{1}{4}$

Evacuation lipiodolée dans les 24 heures.

Madame FA...., 30 ans, VI^o geste

Antécédents = 2 enfants vivants = 1^o et 3^o grossesse

1 accouchement prématuré avec enfant mort et

2 avortements de plus en plus jeune : 6 mois $\frac{1}{2}$ - 4 mois $\frac{1}{2}$

3 mois $\frac{1}{2}$

Dernières règles = 30 Août 1956

Fin du deuxième mois = pertes de sang noirâtre

A 2 MOIS et 1 semaine, (1e 17 Novembre 1956) =

Utérus nettement insuffisant par rapport à l'âge

Réaction de Brouha = négative

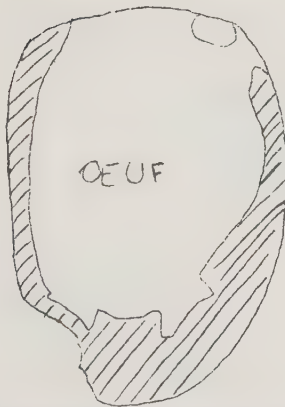
Le 20 novembre 1956 =

Hystérogaphie lipiodolée dans un but diagnostique et éventuellement thérapeutique :

ombre lipiodolée périlacunaire à bord extérieur régulier

bord intérieur irrégulier

lacune ouverte vers le haut



Le lendemain : Expulsion à domicile d'un oeuf de 3 à 4 cm qui n'a pas été contrôlé.

3 jours après : Curetage de vérification =

Débris peu abondants, et constatation d'un éperon du fond utérin

Mort foetale pendant le 2ème mois

Rétention = 2 à 3 semaines

Expulsion le 2ème jour.

Madame PE...., 30 ans, V^e geste

Antécédents = 4 enfants vivants

Dernières règles = 28 Août 1957

AU 3^{ème} MOIS = pertes de sang

Mouvements foetaux = déclarés perçus du 4^{ème} au 6^{ème} mois.

A 6 mois, (le 7 mars 1958) =

Bruits du coeur = 0

Mouvements foetaux = 0

Utérus cordiforme, affleurant l'ombilic, col fermé

Secrétion colostrale récente.

Réaction biologique de Galli-Mainini = positive

Prolans = 500 U. /24 Heures

P.G. = 12 mg. /24 heures

G.B.S. = 20 mgr. /24 heures

A 6 MOIS $\frac{1}{2}$, (le 22 mars 1958)

Hystéroggraphie :

Ombre lipiodolée régulière, occupant le pôle inférieur de l'utérus, ne remontant pas le long de l'œuf.



Le lendemain = Expulsion d'un œuf complet de 560 grammes avec fœtus macéré.

Mort foetale à 5 mois

Rétention : 1 mois $\frac{1}{2}$

Evacuation dans les 24 Heures.

Madame BA...., 27 ans, III^e geste

Antécédents : 2 enfants

Dernières règles = 23 Juillet 1958

A 2 MOIS = pertes brunâtres

A 3 MOIS $\frac{1}{2}$ = nouvelles pertes sanguines

A 5 MOIS, (le 5 janvier 1959) =

Volume utérin insuffisant stationnaire à 3 examens successifs.

Réaction biologique = négative

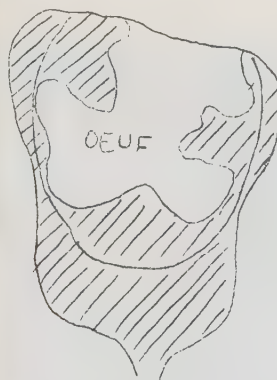
Prolans = 250 U. /24 Heures

P.G. = 18 mgr. 24/heures

le 10 Janvier 1959 =

Hystérogaphie lipiodolée :

Lacune à ouverture supérieure, ombre régulière en bas se terminant en franges vers le haut.



3 jours après : Déclenchement médical (Quinine - Hypophyse) = inefficace

Curetage = coque ovulaire villeuse - début de placentation
tissus rétracté, scléreux - cavité amniotique vide - dissolution
Importants débris de caduque.

Mort foetale à 3 mois

Rétention : 2 mois $\frac{1}{4}$

Echec de l'hystérogaphie

Madame OU...., 26 ans, II^e geste

Antécédents = 1 accouchement par forceps

Dernières règles = 18 septembre 1958

Début janvier 1959 - A 3 MOIS =

Pyélonéphrite avec pertes de sang

A 3 MOIS $\frac{1}{2}$, (le 19 janvier 1959) =

Col court, fermé, ferme

Utérus trop petit pour l'âge de la grossesse.

Le 20 Janvier 1959 =

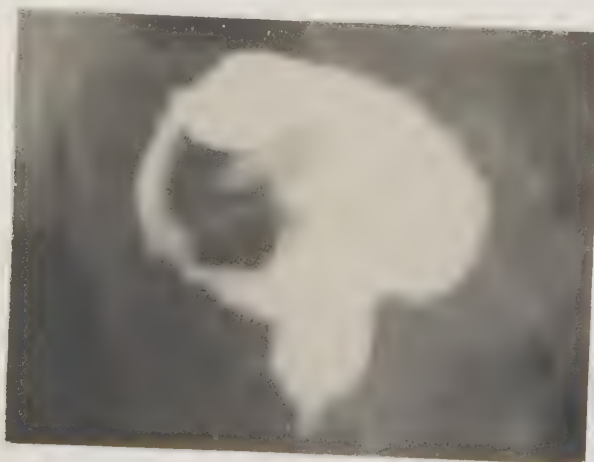
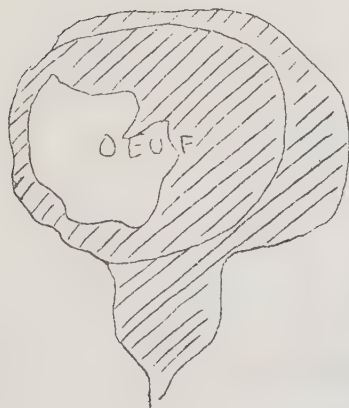
Diagnostic biologique = négatif

Prolans = 300 U. /24 Heures

Le 24 Janvier 1959 =

Hystéroggraphie lipiodolée =

Lacune arrondie latérale droite entourée de Lipiodol
pas de passage tubaire.



Deux jours après = Fose de Laminaire et curetage =

Oeuf mort

Caducue épaisse et sclérosée.

Mort foetale à 3 mois

Rétention : 1 mois

Echec de l'hystéroggraphie

Mlle CO...., 22 ans, III^e geste

Antécédents = 1 césarienne après aménorrhée de 11 mois
1 avortement de 6 semaines.

Dernières règles = 29 Octobre 1958

A 4 MOIS = mouvements foetaux perçus pendant 8 jours

A 5 MOIS $\frac{1}{2}$ - (le 24 Avril 1959) =

Utérus volume de 4 mois

Mouvements foetaux = 0

Bruits du coeur = 0

A LA FIN DU 6^{ème} MOIS =

même volume utérin

Bruits du coeur = 0

Galactorrhée

A 6 MOIS - (le 13 Mai 1959) =

Diagnostic biologique = négatif

Prolans = 300 U. L /24 heures

Le 16 Mai 1959 =

Hystéroggraphie lipiodolée =

Le Lipiodol refoule le pôle inférieur de l'oeuf

Pas de décollement latéral.

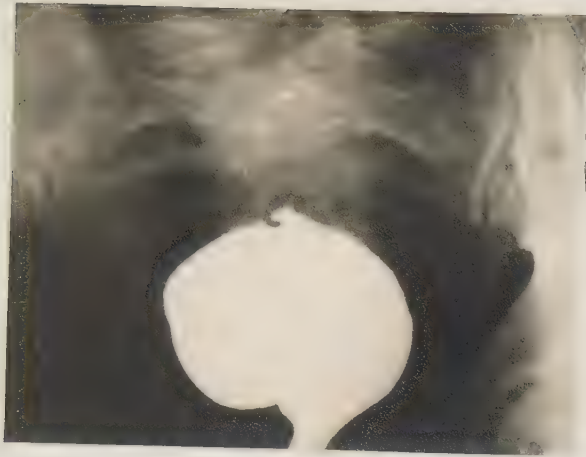
3 jours après =

Charge oestrogénique

Lipiodol = même image que précédemment

Déclenchement médical surajouté.

...../



- 23 -

Evacuation en 10 heures d'un foetus momifié de 280 Grs.
Placenta pâle.

Mort foetale à 4 mois $\frac{1}{2}$

Rétention : 1 mois $\frac{3}{4}$

Evacuation 10 heures après la 2ème hystérographie

NOM	AGE	ANTECE DENTS	D.R.	MOUVEM. FOETAUX	EDC	MONTEE LAITEUSE	HEMORRAGIE	REACTIONS BIOL GIQUES DE GROS
Mme LO., I	24	G. I	25.XII. 1949	?	?	0	à 4 mois $\frac{1}{2}$	F.B. = négatif à 4 m. $\frac{1}{2}$
Mme BK., II	38	G. VII P.V.	13.II. 1954	0	0	0	0	F.B. = négatif à 6 mois
Mme CA., III	30	G. III P. II	8.I. 1955	à 3 m. $\frac{1}{2}$ durée : 1 mois	?	0	à 3 mois $\frac{1}{2}$ durée : 1 mois	F.B. } = négatifs G.M. } à 5 m. $\frac{1}{2}$
Mme PA., IV	38	G. III P. II	1.X. 1955	?	?	0	à 4 mois $\frac{1}{2}$	
Mme FA., V	30	G. VI P. III	30.VIII. 1956	0	0	0	à 1 mois $\frac{1}{2}$	F.B. = négatif à 2 m. $\frac{1}{2}$
Mme PE., VI	30	G. V P. IV	28.VIII. 1957	à 4 mois durée : 1 mois	?	colos- trum à 5 m. $\frac{1}{2}$	à 3 mois	G. M = positif à 6 mois
Mme BA., VII	27	G. III P. II	23. VII. 1958	0	0	0	à 2 mois à 3 mois $\frac{1}{2}$	G.M. = négatif à 5 mois
Mme OU., VIII	26	G. II P. I	18.IX. 1958	0	0	0	à 3 mois	G.M. = négatif au 3 ^e mois
Mme CO., IX	22	G. III P. I	29. X. 1958	à 4 mois durée : 1 semaine	?	lait à 6 mois	0	G.M. = négatif à 6 mois.

F.B. = FRIEDMAN-BROUHA

G.M. = GALLI - MAININI

RECAPITULATIF

- 25 -

PROLANS P.G. G.B.S.	DATE DE LA MORT OVULAIRE.	DUREE DE LA RETEN- TION.	DUREE TO- TALE DE LA GESTATION	DATE DE L'HYSTE- ROGRAPHIE.	THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE ASSOCIEE.	DELAI D'EX- PUL- SION	ASPECT DU FOETUS
	4 mois	1 mois $\frac{1}{2}$	5 mois $\frac{1}{2}$	20.VI. 1950	0	3 jours	2 foetus momifiés
Prolans : 800 U.L.	3 mois $\frac{1}{2}$	3 mois	6 mois $\frac{1}{2}$	2. IX. 1954	0	7 jours	1 foetus macéré
	3 mois $\frac{1}{2}$	2 mois $\frac{1}{2}$	6 mois	13. VII 1955	la veille et le jour de l'instillation	20. H.	1 foetus momifié.
Prolans = 10. U.L. P.G. = 3,6	4 mois $\frac{1}{2}$	1 mois $\frac{1}{4}$	5 mois $\frac{3}{4}$	30.III. 1956	après l'ins- tillation	24 H.	1 foetus momifié.
	2 ^e mois	3 semaines	2 mois $\frac{1}{2}$	20.XI. 1956	0	36. H.	Dissolutio probable.
Prolans = 500 U.L. P.G. = 12 G.B.S. = 20	5 mois	1 mois $\frac{1}{2}$	6 mois $\frac{1}{2}$	22. III 1958	0	24. H.	Oeuf macéré.
Prolans = 500 U.L. P.G. = 18	3 mois	2 mois $\frac{1}{4}$	5 mois $\frac{1}{4}$	10. I. 1959	3 jours après + curetage	0	dissolutio
Prolans = 300 U.L.	3 mois	1 mois	4 mois	24. I. 1959	Laminaires	0	Oeuf mort.
Prolans = 300 U.L.	4 mois $\frac{1}{2}$	1 mois $\frac{3}{4}$	6 mois $\frac{1}{4}$	16.5.1959 19.5.1959	Avant et après 2ème instilla- tion.	10 H. après 2 ^e In.	foetus macéré.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Ces 9 observations, toutes traitées par hystérogaphie lipiodolée, ont donné :

- 6 évacuations après la première instillation
- 1 évacuation après la deuxième instillation
- 2 évacuations après curetage en cas d'échec de l'hystérogaphie

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX =

Une primigeste - Une II^o geste - quatre III^o geste
une V^o geste - une VI^o geste - une VII^o geste.

Pour 6 observations, c'est le premier accident obstétrical (obs. I, III, IV, VI, VII, VIII), sauf une primigeste.

Dans 3 cas, (Obs. II, V, IX), nous avons relevés des interruptions de grossesse :

Accouchement prématuré avec enfant mort
ou avortement.

DUREE DE LA VITALITE FOETALE.

2ème mois = Obs. V
3 mois = Obs. VII & VIII
3 mois $\frac{1}{2}$ = Obs. II & III
4 mois = Obs. I
4 mois $\frac{1}{2}$ = Obs. IV & IX
5 mois = Obs. VI

...../

Nos observations de rétention prolongée concernent donc des morts ovulaires survenues du 3^{ème} au 6^{ème} mois (sauf une à la fin du 2^{ème} mois) C'est à dire centrées sur le 2^{ème} trimestre de la gestation.

DUREE DE LA RETENTION =

<u>3 semaines</u>	=	Obs. V
<u>1 mois</u>	=	Obs. VIII
<u>1 mois 1/4</u>	=	Obs. IV
<u>1 mois $\frac{1}{2}$</u>	=	Obs. I & VI
<u>1 mois 3/4</u>	=	Obs. IX
<u>2 mois 1/4</u>	=	Obs. VII
<u>2 mois 1/2</u>	=	Obs. III
<u>3 mois</u>	=	Obs. II

En résumé, la rétention a varié de 3 semaines à 3 mois.

6 Observations de 1 à 2 mois - 3 Observations de 2 à 3 mois. Si l'on songe qu'au cours du troisième trimestre, l'évolution spontanée est l'évacuation dans les 15 jours suivant la mort foetale pour 80 % des cas, on s'aperçoit que la rétention est beaucoup plus longue. Elle aurait été certainement encore prolongée sans l'évacuation provoquée. Cette longue durée des rétentions pour les morts foetales in-utéro au cours du deuxième trimestre est une des principales raisons qui conditionnent l'intervention.

REACTIONS BIOLOGIQUES DE GROSSESSE =

Elles sont toutes négatives, en concordance avec la clinique, sauf une fois (Obs. VI) où la réaction de Galli-Maïnini est positive avec diagnostic clinique certain de mort foetale, confirmé par l'expulsion d'un foetus macéré.

Les dosages de prolans sont conformes aux données classiques et sont :

- 1 fois inférieur à 10 Unités lapines (Obs. IV)
- 1 fois réaction limite à 800 U. L. (Obs. II)
- 4 fois compris entre 250 et 500 U.L. (Obs. VI, VII, VIII, IX)

...../

Ils n'ont été pratiqués que trois fois et montrent des taux abaissés compris entre 3,6 et 18 mg pour le Prégnandiol, et de 20 pour les G.B.S. 13.

EFFICACITE¹ =

L'expulsion a été obtenue 7 fois sur 9

- Si la mort de l'oeuf s'est produite pendant la première moitié de la grossesse, 4 fois sur 6, l'expulsion a été obtenue après la première instillation. Les deux autres cas ont nécessité un curetage (1 fois après laminaires).
- Par contre, si la mort foetale ne s'est produite qu'après 4 mois et demi, nous avons enregistré 3 succès sur 3 cas, dont 1 après renouvellement de l'instillation lipiodolée.

Ces constatations s'opposent à l'opinion de DEJOIE (Thèse - Paris - 1956) pour qui l'hystérogaphie n'aurait d'effet évacuateur que dans le cours du premier trimestre.

Dans l'observation IX, l'évacuation a été obtenue après une deuxième instillation avec quantité de Lipiodol augmentée, complétée par traitement médicamenteux. Il est probable que pour les deux échecs des observations VII et VIII, une même pratique aurait provoqué l'expulsion.

DELAIS D'EXPULSION =

3 fois dans les 24 heures consécutives à l'instillation
(Obs. II, IV, VI)

1 fois le deuxième jour (Obs. V)

1 fois le troisième jour (Obs. I)

1 fois le septième jour, sans traitement complémentaire, la malade étant rentrée à domicile le lendemain de l'hystérogaphie

• 1 fois 10 heures après la seconde instillation associée au traitement médical (Obs. IX)

...../

En conclusion, 5 fois sur 7, l'expulsion a eu lieu dans les trois jours suivant la première instillation. Le renouvellement éventuel de l'hystéroggraphie en cas d'échec doit donc être fait le 3ème ou 4ème jour après la première tentative.

THERAPEUTIQUES COMPLEMENTAIRES =

Elles ont été utilisées 5 fois:

- Observation III = Spartéïne - Spasmalgine - Hypophyse la veille et le jour de l'instillation, avec succès dans les 24 Heures
- Observation IV = Spartéïne - Spasmalgine - Hypophyse le lendemain de l'instillation, avec succès dans les 24 heures.
- Observation VII = Cycloestrol - Quinine - Hypophyse 3 jours après l'instillation. Après échec du procédé = curetage le 4ème jr.
- Observation VIII = Echec de l'instillation lipiodolée. Pose de laminaires et curetage, le deuxième jour.
- Observation IX = Première instillation lipiodolée inefficace.
Le 3ème jour, seconde instillation, précédée d'une charge oestrogénique et suivie de traitement par syntocinon avec expulsion consécutive dans le 10 heures.

ETUDE DES CLICHES =

L'image est variable selon que la grossesse évolutive a dépassé ou non 4 mois $\frac{1}{2}$.

- Avant 4 mois $\frac{1}{2}$ = L'image généralement obtenue montre un bord inférieur régulier à concavité supérieure, traduisant le contour de la cavité utérine, et un bord supérieur irrégulier en forme de languette, ondulé, traduisant l'insinuation du Lipiodol

...../

entre la cavité utérine et la paroi ovulaire. Une lacune apparaît, entourée sur tout ou partie de son pourtour par le Lipiodol, attestant le manque d'accolement des caduques (Obs. I, II, III, V, VII, VIII)

Le Lipiodol a pénétré 3 fois dans les trompes, confirmant, s'il en était besoin, la perméabilité tubaire avant l'accolement des caduques.

Dans 1 cas, l'instillation n'a pas été faite sous contrôle radioscopique, le cliché n'a été pris qu'une heure après ; l'image lipiodolée n'est pas caractéristique. L'instillation doit se faire de préférence dans la salle de radiologie.

- Après 4 mois $\frac{1}{2}$ =

Les images sont différentes. L'ombre lipiodolée refoule le pôle inférieur de l'oeuf sous forme de ligne plus ou moins horizontale et ondulée (Obs. IV) ou nettement convexe vers le haut (obs. VI & IX).

L'accolement des caduques empêche la progression du Lipiodol vers le haut et par conséquent le passage tubaire, localisant le produit opaque dans la partie inférieure de la cavité utérine. Dans les 3 cas, le squelette foetal est visible nettement au dessus de l'ombre lipiodolée. (Toutefois, dans nos reproductions, il n'est guère visible que sur le cliché IX.

ETAT DES OEUFS EXPULSES =

Tous les oeufs expulsés étaient dissous, momifiés ou macérés. Dans l'observation II cependant, nous n'avons pas examiné le produit de l'expulsion qui a eu lieu à domicile.

- TECHNIQUE UTILISEE -

La technique est à peu de choses près celle des hystérogaphies banales. Tous les appareillages peuvent être utilisés. Le LIPIODOL à 40 %, fluide ou descendant, a été l'unique produit employé et nous a donné toute satisfaction.

QUELQUES PARTICULARITES TECHNIQUES -

La sonde intra-utérine doit être à bout arrondi afin de ne pas rompre les membranes, ce qui ne s'est jamais produit dans nos observations. Le cône ou l'olive de la canule doit être de grande taille, pour éviter de pénétrer à l'intérieur du col relativement mou et dilatable. Une seule pince à col suffit, à condition qu'elle prenne largement les tissus gravidiques assez friables : pince de Museux ou de Pozzi

L'introduction de la canule doit se faire en gardant le contact avec la paroi utérine pour éviter de perforer les membranes.

La quantité de LIPIODOL est variable : 1 ampoule suffit parfois ; deux constituent une dose habituelle ; trois sont parfois nécessaires. La douleur à la distension limite en général la quantité à injecter.

Le passage dans les trompes est fréquent avant 4 mois $\frac{1}{2}$. Il n'offre aucun danger péritonéal ni salpingien. Le contrôle de la pression par manomètre est à recommander pour les opérateurs non rompus aux techniques hystérogaphiques. Pratiquement, il semble préférable de pratiquer l'ins-tillation par poussée du piston sans vis micrométrique, le doigt percevant mieux les réactions à la pression intra-utérine, accompagnée éventuellement de manifestations douloureuses.

...../

Des clichés sont pris à différents stades du remplissage ; l'instillation est arrêtée lorsque l'image est stabilisée dans sa forme (sauf en cas de douleur préalable). La prise de clichés multiples montrera d'ailleurs une très grande mobilité du bord libre irrégulier de l'ombre lipiodolée, traduisant la progression souvent rapide et irrégulière du LIPIODOL dans l'espace libre entre les caduques.

SOINS POST-OPERATOIRES =

Le repos au lit pendant 2 à 3 jours est recommandé, à la suite duquel une nouvelle hystérogographie évacuatrice peut être pratiquée en cas d'échec.

INCIDENTS ET ACCIDENTS -

Aucune perforation des membranes, aucun incident opératoire, aucune complication post-opératoire n'a été observée. L'évacuation ovulaire a été habituellement complète. Un curage digital avec parfois curetage à large curette mousse a été quelquefois pratiqué dans un but de sécurité, pour assurer une évacuation utérine complète avant rétraction du col et de la cavité utérine, selon une technique atraumatique.

MODE D'ACTION -

Il ne mérite pas de grandes considérations. C'est un moyen de déclenchement purement mécanique, qui associe les excitations cervicales de traction par la pince, aux excitations endo-utérines de la distension lipiodolée et du décollement éventuel des membranes. L'utérus réagit en expulsant le contenu utérin, comme à la suite de toutes les excitations d'ordre mécanique.

AVANTAGES -

Les avantages par contre sont à remarquer : cette méthode est simple, applicable dans tous les cas, même s'il existe flexion utérine, malformation ou obstacle sur lequel butterait la curette : elle n'est

...../

pas traumatisante, ne nécessite pas d'anesthésie. Le produit employé est strictement atoxique, antiseptique, de maniement facile, d'action mécanique essentiellement douce, progressive et non irritante. Ce caractère s'oppose de façon absolue aux différentes pâtes et produits plus ou moins toxiques employés dans les avortements thérapeutiques ou criminels, ainsi qu'aux moyens mécaniques plus agressifs par pose de sonde ou de laminaires ces derniers moyens conservent bien entendu toute leur valeur lorsque des instillations lipiodolées répétées auraient pu être inefficaces.

INCIDENCES DIAGNOSTIQUES -

Un intérêt diagnostique doit être mis quelquefois à l'actif de l'hystéroggraphie : dans certains cas douteux ou symptômes cliniques complexes, par exemple : obésité avec aménorrhée, et diagnostic biologique de grossesse négatif, le diagnostic se pose parfois, de rétention ovulaire partielle ou totale, surtout si la mort ovulaire s'est produite au cours des six premières semaines de la gestation. Comme le dit BUDIN : "Il est bien difficile d'affirmer d'une façon absolue qu'il existe un oeuf mort dans la cavité utérine, à une époque où, même s'il était vivant, on ne pourrait constater aucun signe clinique de grossesse".

Dans ces cas, l'hystéroggraphie est d'abord diagnostique en confirmant ou infirmant la rétention ovulaire totale ou partielle, et en second lieu thérapeutique en provoquant l'expulsion de l'oeuf éventuel.

C O N C L U S I O N

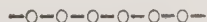


L'hystéroggraphie lipiodolée est un moyen simple et sans danger d'évacuation utérine dans les morts-foetales in utero du deuxième trimestre.

Elle a accessoirement un intérêt diagnostique.

Nous avons enregistré 7 évacuations après emploi de cette technique dans neuf observations. Ce pourcentage peut certainement être augmenté par une répétition judicieuse de l'instillation lipiodolée.

Ce procédé nous paraît ainsi particulièrement remarquable par son efficacité et son absence d'inconvénients, et peut être appliqué systématiquement dans les morts foetales in utero du deuxième trimestre.



V U :

Le Doyen

L. BINET

V U :

Le Président

M. LACOMTE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

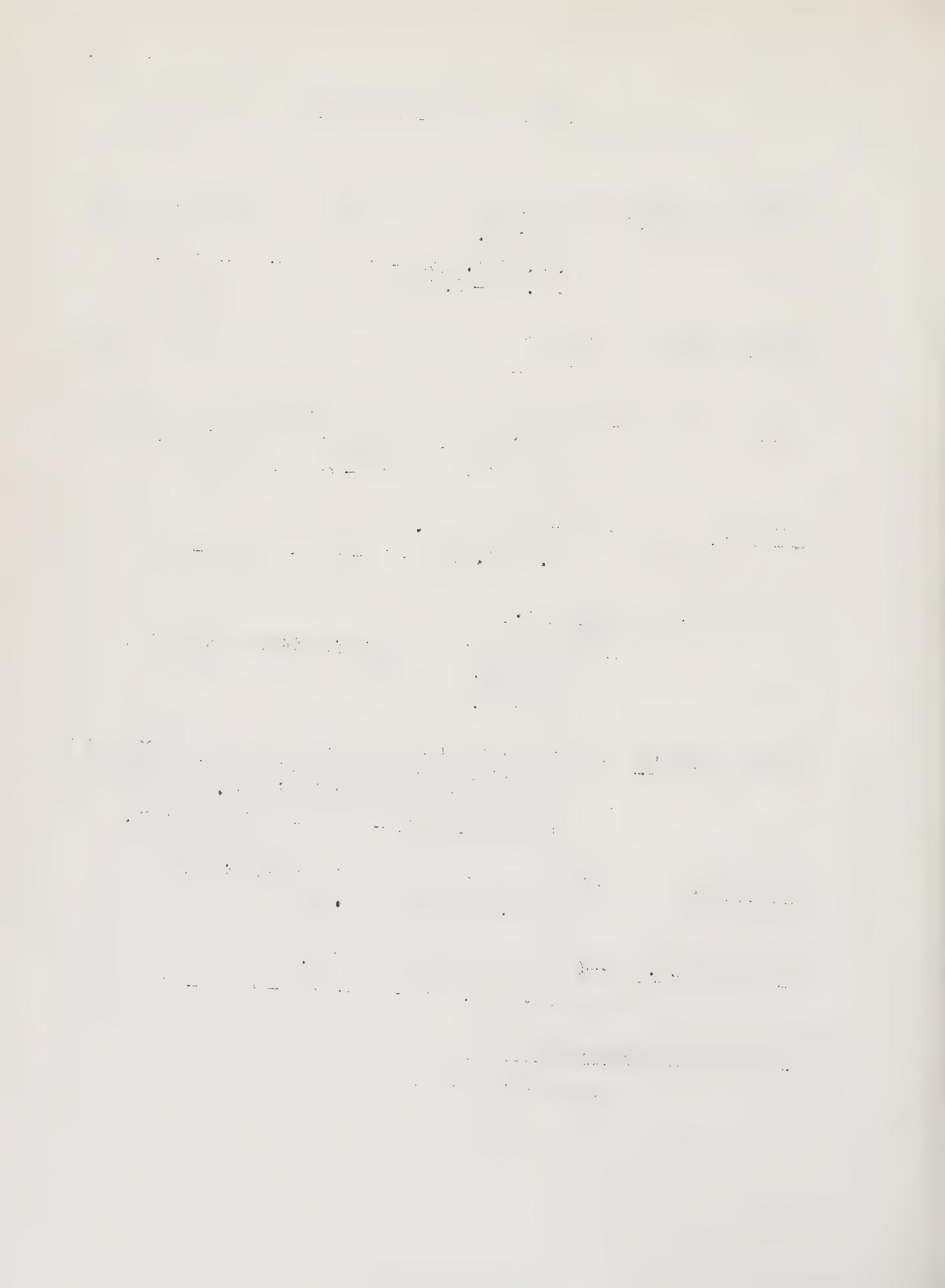
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

J. SARRAILH

-X-X-X-

B I B L I O G R A P H I E

- AHUMADA et NOGUES - Hysterography in the diagnosis of dead an retained
juman ovum.
Am. J. Obst. Gyn. - Juin 1956 - 71 - n° 6 -
pp. 1.274 - 1.278
- ARNAUD Georges - Fréquences et causes de la mort du foetus in utéro
Thèse - LYON 1950
- BARON - Diagnostic des grossesses interrompues en rétention
dans l'utérus. Indications thérapeutiques.
Maternité - Juin 1959 - n° 6 - pp.231
- BRET (J.) - Foetus papyraceus.
Gyn. Obst. 1949 - 48 - n° 1 - pp 106 - 107
- BROCHIER (A.) et GABRIEL (H.)
- La mort de l'oeuf humain in utéro au cours de la
grossesse.
LYON 1950.
- BROCQ et MARICOT - Radiographie d'un utérus contenant un oeuf complet de
deux mois, en rétention depuis 10 mois sans autre
symptome qu'une aménorrhée d'un an,
Sté de Gyn. Obst. - PARIS - 5 Décembre 1949.
- DEJOIE (A.) - La rétention prolongée d'oeuf mort in utéro
Thèse - PARIS 1956 - n° 222
- DE WERRA (M.G.) - Le drame du missed abortion.
Gyn. Obst. 1959 - XI - n° 2 - pp 81 - 85
- ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE
- Obstétrique tomes I et 2



FAURE (M.L.)

- Rétention d'oeuf mort anormalement prolongée.

Bulletin Fed. Soc. Gyn. Obst. 10 - n° 2 - 1958 - p.209

GUYOMAR (J.)

- Glaire cervicale et grossesse arrêtée.

C.R. Soc. Fr. de Gyn. - Mars 1959 - 29 - n° 3
pp. 107 - 108

HEUSER (C.)

- Lipiodol in diagnosis of pregnancy.

Lancet 28 novembre 1925

HINGLAIS (H.) et HINGLAIS (M.)

- Le diagnostic biologique de la rétention d'oeuf mort.

Presse Médicale, n° 72 - 3.XI.1954 - pp. 1500-1502

JEFFCOATE

- L'expulsion du foetus mort. Missed abortion et missed Labour.

Lancet 1940 - 238 - n° 6093 - p. 1045.

MIRSAGATOVA SHEINERMANN et WARTAPETOFF

- Diagnostic précoce de la mort de l'oeuf fécondé.

Accoucherstvo y Guiniekol - Mai - Juin 1953 n° 3

MOGHAREI et DALSACE

- Rétention de foetus mort - Expulsion provoquée à la suite d'une hystérogaphie.

Sté Gyn. Obst. 1953 - 5 - n° 1 - p. 23

REILES (M.)

- Réflexions sur quelques cas de rétention d'oeuf mort dans la cavité utérine.

Soc. Gyn. Obst. Strasbourg 24 - 1935 - n° 3

SIEGEL

- Maladies à virus pendant la grossesse et leurs effets sur le foetus.

Am. J; Obst. Gyn. 1959 - 77 - n° 3 - pp. 620-627

VERMELIN (H.) - RIBON (M.) et RIBON (Ch.)

- Interêt et limites d'interprétation de dosage de prolans dans les avortements.

Bulletin Fed. Soc. Gyn. Obst. 1957 - 9 - n° 2 pp 210-214

BULLETIN DES LABORATOIRES GUERBET & Cie - N° 3

- TABLES DES MATIERES -

Introduction - délimitation du sujet	page	2
Historique de l'évacuation	"	3
Utilisation du Lipiodol dans les rétentions ovulaires	"	5
Rappel du diagnostic positif de mort foetale in utéro	"	7
Nos observations	"	11
Tableau récapitulatif des observations	"	24
Discussion des observations	"	26
Technique utilisée	"	31
Conclusion	"	34
Bibliographie	"	36
Table des matières	"	38

-O-O-O-O-O-O-O-O-

-O-O-O-O-

